

---

# VEJEZ PROLONGADA Y JUVENTUD MENGUADA. TENDENCIAS EN LA EVOLUCION DE LA ESPERANZA DE VIDA DE LA POBLACION ESPAÑOLA, 1970-1990<sup>1</sup>

Rosa Gómez Redondo  
UNED. Madrid

---

## INTRODUCCION

Uno de los más importantes procesos demográficos de los que han tenido lugar durante el presente siglo ha sido la prolongación de la vida media de la población mundial (Casselli y Egidi, 1981; Bourgeois-Pichat, 1985). En el transcurso de la modernización de las sociedades se produce una transición multidimensional (Chesnais, 1988) que incluye su transición demográfica, en la que se inscribe una transición sanitaria (Lerner, 1973), formando parte de un todo indisociable y coherente. Esta transición sanitaria permite finalmente alcanzar un objetivo universal de la humanidad en las sociedades industrializadas: el control relativo sobre el «aplazamiento de la muerte».

Este logro sin precedentes se consigue a lo largo de un proceso cuyos orígenes se remontan en algunos países industrializados a doscientos años atrás, concentrándose especialmente en otros durante el siglo XX, como ocurrió en el caso de España, que, a pesar de iniciar el descenso de su mortalidad con retraso (Nadal, 1984), constituye una de las evoluciones conocidas más interesantes. Su situación privilegiada dentro del contexto de aquellos países en la actuali-

---

<sup>1</sup> Parte de los resultados que aquí se presentan han sido objeto de una comunicación, «Viellesissement, Féminisation y Style de vie de la population espagnole», presentada en el Congreso Europeo de Demographie, Milán, 4-8 septiembre 1995.

dad (Gómez Redondo, 1990) es el resultado de un aumento en la esperanza de vida realmente espectacular durante el presente siglo, de tal forma que la población en 1960 tenía una vida media (69,85) doble de la que disfrutaba la población española en 1900 (34,76). Este proceso fue posible gracias a que en el pasado la ganancia mínima de esperanza de vida en el transcurso de una década fue de más de siete años (exceptuando las dos décadas que comprenden las crisis demográficas del siglo —gripe del 18 y guerra civil 1936-39—).

Sin embargo, a partir de 1960 la esperanza de vida española no evoluciona a ese ritmo acelerado; entre 1960 y 1970 se ganaron 2,5 años de vida y en la siguiente década alrededor de 3 años, pero aún menor es el ritmo en el transcurso de los diez últimos años (1980-1990), durante los cuales se logró aumentar la misma en algo más de un año de vida, situándose para los hombres en 73,2 años y 80,3 para las mujeres. Puede afirmarse que en los últimos decenios hemos entrado en un período de desaceleración del aumento de la esperanza de vida al nacer.

No obstante, ¿quiere esto decir que una vez alcanzada la tercera fase de la transición epidemiológica apenas existen posibilidades de que se reduzca la mortalidad? Recordemos que Omran (1972) diferenciaba en este proceso tres etapas: 1.<sup>a</sup>) la edad de la peste y hambrunas; 2.<sup>a</sup>) la edad del retroceso de las pandemias, y 3.<sup>a</sup>) la edad de las enfermedades degenerativas y de la sociedad. La transformación consiste en el paso de una situación de alta mortalidad, caracterizada por la presencia de enfermedades infecciosas que condicionaban la morbilidad y la mortalidad y en la que el principal protagonista era la población infantil, a otra de baja mortalidad, caracterizada por las enfermedades degenerativas, que, naturalmente, afectan principalmente a los ancianos. La transición se produce a través de un proceso dinámico por el que la salud y la enfermedad de una sociedad evolucionan en respuesta a una situación demográfica, socioeconómica, tecnológica, política, cultural y biológica (Frenk *et al.*, 1991).

Por tanto, los más notables aumentos de la esperanza de vida en el pasado han sido consecuencia del descenso de la mortalidad a edades infantiles y, puesto que dicha mortalidad ha alcanzado niveles muy bajos en la actualidad y que la misma se debe fundamentalmente a causas endógenas de muerte —difícilmente reducibles—, es de esperar un período de limitados avances en este grupo de edad en las próximas décadas. Sin embargo, ello no excluye que la disminución de la mortalidad esté beneficiando a la población de otras edades, pues carecemos de un conocimiento preciso de cuál está siendo el efecto de la evolución reciente de la mortalidad sobre los diferentes grupos de edades en España.

Por último, uno de los aspectos de mayor interés en la evolución de la mortalidad es la existencia de una creciente desigualdad entre hombres y mujeres, pero desconocemos si esa tendencia en la actualidad apunta a un aumento de la divergencia en las pautas de mortalidad, si se estabiliza o incluso si hay indicios de convergencia.

Nos encontramos ante una mortalidad con una estructura diferente a la del pasado, en la que las más importantes causas de muerte no son tan fácilmente reducibles como las causas infecciosas que predominaban entonces y, desde luego, no a través de los mismos medios, por lo que el proceso ha sufrido una desaceleración, pero ateniéndonos a las pautas recientes del descenso no podemos hablar, por el momento, de una estabilización de la mortalidad en España.

Durante los años sesenta, en la mayoría de los países industrializados tuvo lugar una ralentización e incluso una estabilización de la mortalidad, que fue interpretada como indicios de «haber tocado fondo», alcanzando el fin de la transición epidemiológica, conclusión que las tendencias observadas en los años setenta y ochenta invalidaron. Pero, mientras tanto, esta lectura apresurada de un freno coyuntural, interpretado como el hecho de haber alcanzado los límites biológicos de la vida humana (Bourgeois-Pichat, 1952, 1978; Benjamin, 1982), hicieron un daño irreparable a la evolución del conocimiento de la mortalidad al desatender su estudio, y al justificar el que en las proyecciones de población la hipótesis de mortalidad considerara a ésta estable, sin cambios no sólo en su intensidad, sino también en su estructura.

Por lo expuesto, en la situación presente es crítico conocer las características de la evolución reciente de la mortalidad en España (1970-1990) y las consecuencias demográficas que acarrearán. Preguntarse cuáles son los grupos de población que están contribuyendo en mayor medida que el resto al aumento de la vida media y debido a qué causas de muerte, así como cuáles son aquellos grupos y causas que producen la ralentización del proceso. Este es el doble análisis abordado en el estudio presentado<sup>2</sup>, que será básico para estimar la evolución futura de la mortalidad en España y que permitirá delimitar si las nuevas características de este fenómeno demográfico lo sitúan en la cuarta fase de la transición epidemiológica (Olshansky y Ault, 1986; Rogers y Hackenberg, 1987), la etapa más reciente de un proceso que, sin ningún género de dudas, ha de ser estudiado en el marco teórico —más amplio— de la transición sanitaria. Entendiendo que en la transición sanitaria se produce, además de una transición epidemiológica, una transición en la atención a la salud, y por lo tanto incluye pautas de organización social cambiantes, respondiendo a las condiciones de salud, que a la vez se están transformando siempre (Frenk *et al.*, 1991).

---

<sup>2</sup> El estudio ahora presentado precedió a una investigación más amplia y en curso, financiada por la DIGYCIT y desarrollada por el equipo investigador constituido por José L. Camarero, Ricardo Jiménez-Aboitiz, Miguel A. Serrano y dirigido por la autora. No obstante, los resultados relativos a los años noventa son fruto de esta última etapa.

## 1. FUENTES Y METODOLOGIA

### 1.1. Fuentes

En el presente estudio se ha partido de los datos de defunciones anuales por causa de muerte, por grupo de edad y por sexo procedentes de las estadísticas vitales de España para los años 1968 a 1985, facilitados por la Organización Mundial de la Salud, y para los años 1989-92, distribuidos directamente por el Instituto Nacional de Estadística de España (Área de Estadísticas Sanitarias).

Los datos relativos a los años 1968 a 1979 corresponden a la 8.<sup>a</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), mientras que para los años comprendidos entre 1980 y 1992, los datos provienen de la 9.<sup>a</sup> Clasificación. A partir de la causa 47, se utiliza la serie «E» por considerar la causa exterior de la muerte de mayor interés para nuestro análisis que la naturaleza del traumatismo.

Las poblaciones utilizadas en los denominadores para el cálculo de las tasas son las estimadas al 1 de julio por el Instituto Nacional de Estadística (Área de Análisis y Previsiones Demográficas) para los años considerados. Sin embargo y puesto que los últimos datos disponibles por causa de muerte son los relativos al año 1992, el último tramo de este análisis se basa en medias cuatrianuales de los años 1989-92 en lugar de medias quinquenales, como en los períodos anteriores, utilizando en este caso las poblaciones estimadas por el INE al 31 de diciembre de 1990<sup>3</sup>.

De esta misma fuente provienen los nacimientos vivos utilizados para el cálculo de las tasas de mortalidad infantil. Si bien para los nacimientos correspondientes a 1969 y 1970 se utilizan datos corregidos, ya que hasta 1975 en España los datos de nacidos vivos provenientes del movimiento natural de la población no incluyen los muertos antes de cumplir las veinticuatro horas de vida (Gómez Redondo, 1985).

El objeto de este estudio es conocer las tendencias en la evolución de las más importantes causas de muerte dentro del análisis diferencial por edad y género; por lo tanto, para evitar fluctuaciones coyunturales de las defunciones y para conseguir la mejor adecuación de los denominadores, es preciso medirla a partir de sucesos medios de cinco años; así, en nuestro análisis distinguimos cuatro momentos, 1970 (1968-1972), 1977 (1975-1979), 1983 (1981-1985) y 1990 (1989-1992), centrados en las poblaciones de los años correspondientes. Por tanto, a partir de los datos anuales, hemos obtenido unas defunciones medias para cada uno de esos cuatro momentos y, a partir de ellos, ha sido posible estudiar la evolución de la mortalidad desde 1970 a 1990, pero distinguiendo tres subperíodos en esos veinte años: de 1970 a 1977, de 1977 a 1983 y de 1983 a 1990, con el fin de observar si existen cambios de tendencia en su transcurso.

Por otra parte, nuestro análisis pretende resaltar sólo las causas más impor-

---

<sup>3</sup> Poblaciones estimadas para realizar las proyecciones de población del INE (INE.DAT. 1994).

tantes de la mortalidad española. Por ello, se ha optado por establecer una clasificación de 27 causas de muerte que se nutre de los grandes grupos tradicionales de la CIE, desagregando solamente una selección de causas específicas que cumplen algunos criterios de interés para el objeto de este estudio, y que posibilitan análisis posteriores sobre la evolución reciente de la mortalidad. Estas causas han sido seleccionadas bien por su elevado peso relativo dentro del total de la mortalidad o dentro de algún grupo de edad, bien porque son causas evitables, sensibles en la actualidad a la prevención y atención sanitaria actual, constituyendo indicadores de efectividad de la atención sanitaria en la sociedad española, bien porque sean causas diferenciadoras en la desigualdad entre hombres y mujeres ante la muerte. La clasificación utilizada será:

### *Clasificación de causas de muerte*

1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (salvo 2).
  2. Tuberculosis.
  3. TUMORES (salvo de 4 a 8).
  4. Cáncer de aparato digestivo.
  5. Cáncer de aparato respiratorio.
  6. Cáncer de mama.
  7. Cáncer de cuello y cuerpo de útero.
  8. Cáncer de próstata.
  9. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICION, METABOLISMO Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD (salvo 10).
  10. Diabetes.
  11. ENFERMEDADES DE LA SANGRE, MENTALES Y DE LOS SENTIDOS.
  12. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO (salvo 13 y 14).
  13. Infarto y otras enfermedades isquémicas del corazón.
  14. Enfermedades cerebro-vasculares.
  15. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (salvo 16 y 17).
  16. Neumonía.
  17. Bronquitis crónica, emfisema y asma.
  18. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (salvo 19).
  19. Cirrosis hepática.
  20. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITO-URINARIO. EMBARAZO Y PARTO.
  22. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CONJUNTIVO.
  23. ANOMALIAS CONGENITAS Y CAUSAS PERINATALES.
  24. ENFERMEDADES MAL DEFINIDAS.
  25. MUERTES VIOLENTAS (salvo 26 y 27).
  26. Accidentes de vehículos a motor.
  27. Suicidios.
-

Igualmente, además de estudiar la mortalidad por grupos de edad quinquenales, hemos considerado una agregación en grandes grupos de edad, con el fin de disponer de tendencias de la mortalidad para sectores significativos de la población, grupos de edad que pueden ser caracterizados por unas pautas relativamente homogéneas en todas las edades que los constituyen y en los que basaremos nuestro análisis. Así, la población española ha sido distribuida de la siguiente forma: menores de un año, de 1-4 años, de 5-14 años, de 15-29 años, de 30-49 años, de 50-69 años y de 70 en adelante<sup>4</sup>.

## 1.2. *Metodología*

En el estudio realizado hemos descompuesto el aumento de la vida media de los españoles en las contribuciones logradas por los diversos grupos de edad (fracciones de años de vida), diferenciando en estas aportaciones las causas de muerte que lo han hecho posible de aquellas otras que frenan unas ganancias de esperanza de vida potencialmente mayores. Asimismo, y puesto que este análisis se realiza para cada uno de los géneros, se estudian las diferencias ante la muerte de hombres y mujeres para cada uno de los momentos considerados: 1968-72, 1975-79, 1981-85 y 1989-92, pero sobre todo se dedica una especial atención a la evolución de esa mortalidad diferencial por género en el período y subperíodos estudiados.

Para medir el efecto producido por la evolución reciente de la mortalidad en las diferentes edades y causas, el método utilizado para calcular dichos indicadores es el desarrollado por J. Pollard<sup>5</sup> (1982, 1988).

## 2. AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION

Durante los años transcurridos entre los dos períodos medios en los que hemos basado nuestro estudio, de 1968-1972 a 1983-1990, los españoles han aumentado su esperanza de vida en 4,46 años; más concretamente, 3,57 los hombres y 5,46 las mujeres. Pero el indicador de esperanza de vida es el saldo de los diversos niveles de mortalidad de diferentes sectores de la población, por

<sup>4</sup> Las etapas del ciclo vital, así como las edades que marcan las fronteras entre ellas, responden a construcciones sociales que necesariamente están sujetas a redefiniciones a lo largo de la historia. El umbral de entrada en la ancianidad en el presente no deja de ser una construcción moderna con una base exclusivamente legal. Cuando lo que analizamos son aspectos de salud, morbilidad y mortalidad, y a la luz de la evolución demográfica reciente, consideramos más adecuado hablar de ancianos a partir de los 70 años.

<sup>5</sup> Método que ya ha sido aplicado a la población española para otros períodos por M. Farré (1988).

lo que cabe preguntarse cuáles son los grupos de edad que han contribuido decisivamente a su aumento reciente y si la aportación de hombres y mujeres ha sido similar en este proceso. Para ello, hemos fraccionado los años de vida ganados por grupos de edad y género, así como por las causas de muerte más determinantes (tabla 1)<sup>6</sup>.

Observemos en primer lugar la desigual contribución de los diferentes grupos de edad a esta reducción de la mortalidad, destacando entre ellos tres grupos con mucha diferencia respecto a los demás y que de menor a mayor importancia son: los niños de 0 años de edad, las personas de 50-69 años y, muy destacadamente, los ancianos de 70 años en adelante, contribuyendo al aumento de esperanza de vida de la población considerada globalmente con un 22,6, un 28,2 y un 39 por 100, respectivamente.

Ante los resultados obtenidos es posible afirmar que los menores de un año, grupo de edad que durante el presente siglo ha participado de forma decisiva en el aumento de la vida media de la población española, continúan en los últimos años contribuyendo de forma importante a su incremento. Se hace patente cómo en este sector de la infancia los recién nacidos aportan más de un año de vida (1,09), contribuyendo en mayor medida a reducir la mortalidad entre los hombres que las niñas (0,91) entre las mujeres. Probablemente, los avances científicos-médicos permiten en la actualidad evitar muertes infantiles de carácter endógeno, que representan la mayor proporción de la mortalidad infantil y que, por otra parte, sabemos afectan diferencialmente a la población masculina al inicio de su vida (Gómez Redondo, 1992). Ello permite que esta primera edad de la vida contribuya con un avance muy similar al aportado por los adultos.

Aun siendo la población mayor de 50 años el núcleo donde se producen las mayores contribuciones al aumento de la esperanza de vida de la población (gráfico 1), es sin lugar a dudas en la población femenina mucho más importante; así, es decisivo el año y medio (1,49) que supone la aportación de las mujeres entre 50 y 69 años y, sobre todo, los dos años con veintiséis centésimas (2,26) que ganan las mujeres mayores de 70 años. Ambos sectores de la cima de la pirámide explican casi el 69 por 100 de la prolongación de la vida de las mujeres durante el período. En cualquier caso, sólo estos tres grupos de edad destacados justifican en conjunto, para cualquiera de los géneros, aproximadamente entre el 85 y el 95 por 100 del aumento de la vida media en la población española. En los hombres, el peso representado por cada uno de estos tres grupos extremos de la población en los 3,57 años ganados a la muerte es similar, pero en la población femenina existe una clara concentración de estos avances en la vejez.

---

<sup>6</sup> Obsérvese cómo las fracciones de años de vida aparecen en las tablas de resultados multiplicadas por 100 para evitar los decimales, pues, como podrá suponerse, las contribuciones por cada causa de muerte y edad generalmente son inferiores a un año de vida. Por otra parte, las tablas presentadas a continuación son tablas resumen de buena parte de los resultados obtenidos en las múltiples tablas elaboradas, según cada uno de los criterios de análisis establecidos en el estudio y para los diferentes períodos considerados.

TABLA 1

*Contribuciones a la evolución de la esperanza de vida en España, 1970-1990*A) *Ganancias en la esperanza de vida —Años × 100 (%)—*

<i>Grupos de edad</i>	<i>Hombres 1970/90</i>	<i>Mujeres 1970/90</i>	<i>Total 1970/90</i>
Total .....	357 (100)	546 (100)	446 (100)
0 .....	109 (30,4)	91 (16,6)	101 (22,6)
1-4 .....	16 (4,5)	15 (2,8)	16 (3,6)
5-14 .....	13 (3,7)	10 (1,8)	12 (2,6)
15-29 .....	-22 (-6,2)	8 (1,4)	-9 (-1,9)
30-49 .....	9 (2,6)	47 (8,7)	27 (6,0)
50-69 .....	110 (30,8)	149 (27,4)	126 (28,2)
70 + .....	122 (34,1)	226 (41,4)	174 (39,0)

	<i>Ganancias hombres</i>			<i>Ganancias mujeres</i>		
	<i>70/77</i>	<i>77/83</i>	<i>83/90</i>	<i>70/77</i>	<i>77/83</i>	<i>83/90</i>
Total .....	123 (100)	186 (100)	47 (100)	180 (100)	223 (100)	143 (100)
0 .....	37 (29,6)	43 (23,3)	29 (60,7)	31 (17,2)	36 (16,1)	24 (16,7)
1-4 .....	6 (5,0)	5 (2,9)	5 (9,7)	6 (3,5)	5 (2,2)	4 (2,8)
5-14 .....	4 (3,1)	6 (3,3)	3 (7,0)	4 (2,0)	5 (2,2)	1 (0,8)
15-29 .....	4 (3,1)	5 (2,6)	-32 (-66,9)	9 (4,8)	4 (1,9)	-6 (-3,9)
30-49 .....	14 (11,6)	16 (8,5)	-22 (-45,8)	24 (13,4)	19 (8,5)	3 (2,3)
50-69 .....	29 (23,5)	53 (28,6)	28 (60,1)	51 (28,5)	57 (25,5)	40 (28,3)
70 + .....	30 (24,1)	58 (30,9)	36 (75,2)	55 (30,6)	97 (43,6)	76 (53,0)

B) *Causas principales por su contribución a la evolución de la esperanza de vida, 1970/90*

POSITIVA (contribución porcentual %):

- 1) Enfermedades del aparato circulatorio (salvo Infarto y otras isquémicas) [hombres, 38,1; mujeres, 32,8] y enfermedades cerebro-vasculares [hombres, 17,6; mujeres, 16,0].
- 2) Bronquitis crónica, emfisema y asma [hombres, 13,1; mujeres, 8,6] y Neumonía [hombres, 12,0; mujeres, 3,1].
- 3) Tuberculosis para los hombres [7,4] y el «resto» de enfermedades infecciosas [hombres, 6,4; mujeres, 4].

NEGATIVA (contribución porcentual %):

*Hombres:*

- 1) Cáncer ap. respiratorio (-11,8).
- 2) Cáncer ap. digestivo (-6,7) y Accidentes de vehículos a motor (-6,7).
- 3) Enfermedades endocrinas (salvo diabetes) y trastornos de inmunidad (-7,3).
- 4) Infarto y otras enfermedades isquémicas (-4,3).

*Mujeres:*

- 1) Cáncer de mama (-3,1).
- 2) Accidentes de vehículos a motor (-1,3).
- 3) Cáncer ap. digestivo (-0,8).
- 4) Enfermedades endocrinas (salvo diabetes) y trastornos de inmunidad (-1,2).

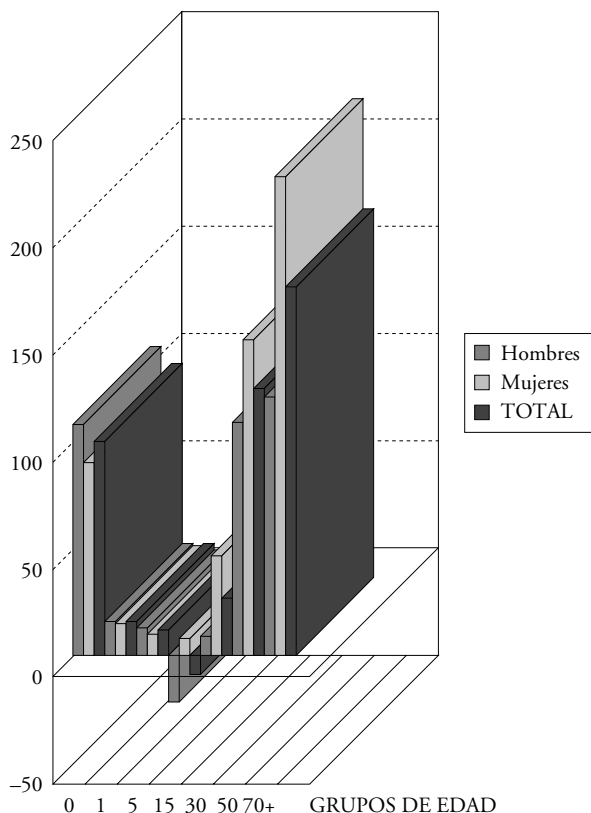
FUENTE: Elaboración propia.



No obstante, la prolongación de la vida media de los españoles sería aún mayor de no existir una tendencia opuesta a la comentada en los jóvenes y adultos-jóvenes varones, quienes restan esperanza de vida a la población española especialmente durante el período 1983-1990, como tendremos ocasión de analizar. Sin embargo, las magnitudes de esas dos fuerzas opuestas mencionadas no son en absoluto comparables, de modo que la esperanza de vida aumenta gracias al fuerte impulso de la vejez y pese al freno, mucho menor, de la juventud. Detengámonos aquí para comprobar cómo los ancianos son los más beneficiados en el aumento de la vida media, o, dicho de otro modo, cómo se observa en la población española durante el período una redistribución del aumento de la esperanza de vida de las edades jóvenes a las edades avanzadas, que es una de las características de las poblaciones que se encuentran en la cuarta fase de la transición epidemiológica.

GRAFICO 1

*Ganancias de esperanza de vida. Población total 1970/90*  
(Años de vida  $\times$  100)



## 2.1. *Principales causas de muerte en la evolución de la esperanza de vida*

Naturalmente, hemos de referirnos a las causas de muerte que han permitido que se prolongara la vida de los españoles durante el período considerado. Las más importantes causas de muerte que contribuyen positivamente a lograr ese objetivo son prácticamente las mismas para los hombres que para las mujeres; por ello las analizamos conjuntamente para evitar reiteraciones innecesarias, aunque señalando que dichas causas no han operado con la misma magnitud en ambos géneros, como veremos en la segunda parte de la tabla 1.

Sintetizando los resultados obtenidos, dichas causas son, en primer lugar, las enfermedades del aparato circulatorio (salvo el infarto y otras enfermedades isquémicas), incluyendo las enfermedades cerebro-vasculares, lo que es característico de las sociedades industrializadas (Mesle y Vallin, 1992). Este grupo «resto» de las enfermedades del aparato circulatorio, según las causas de muerte seleccionadas en la investigación presentada (véase la clasificación del apartado 1), contribuye en un 38,1 por 100 al aumento de la esperanza de vida de los hombres y en un 32,8 por 100 al de las mujeres durante los veinte años estudiados. Las enfermedades cerebro-vasculares, con un 17,6 por 100 en la población masculina y un 16 por 100 en la femenina. Obsérvese que por sí solo el conjunto de estas enfermedades circulatorias, excluyendo el infarto e isquémicas, ha producido alrededor de la mitad del aumento de la esperanza de vida conseguido durante el período para la población española (gráficos 2 y 3). He aquí la segunda característica de la cuarta etapa de la transición epidemiológica, que se cumple en la mortalidad de la población española: la reducción de las muertes por enfermedades degenerativas —especialmente las cardiovasculares— a través de la dilación de la muerte por estas causas a edades más avanzadas. De ahí el nombre que recibe esta fase del proceso: «Etapa del aplazamiento de las enfermedades degenerativas».

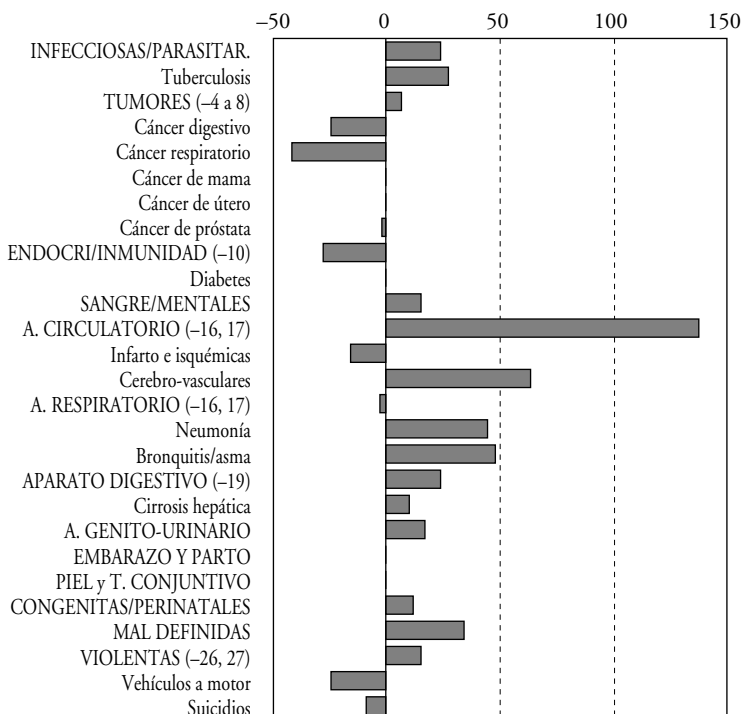
La segunda causa en orden de importancia la constituyen la bronquitis y neumonía, que contribuyen al logro referido con un 13,1 y 12 por 100, respectivamente, para los hombres y un 8,6 y 3,1 por 100 para las mujeres.

Finalmente, la tercera de entre las causas de muerte más importantes que han permitido el avance señalado son la tuberculosis (Vallin y Mesle, 1988) y el resto de las enfermedades infecciosas, que han supuesto el 7,4 y el 6,4 por 100, respectivamente, del aumento de la esperanza de vida en la población masculina en un período tan tardío como el analizado. En la población femenina, las enfermedades infecciosas han contribuido en un 4 por 100 al aumento de su vida media, contribución idéntica a la que proviene del grupo de tumores que no hemos desagregado en nuestra clasificación.

Es necesario precisar que el notable aumento de la esperanza de vida de las mujeres a estas edades no proviene sólo de que el valor alcanzado por la suma de contribuciones por diferentes causas de muerte, por otra parte muy diversificadas, sea mayor que el alcanzado por los hombres, sino que aquellas causas que están frenando el aumento de la esperanza de vida tienen una mortalidad mucho menor en las mujeres. Así, hombres y mujeres comparten como causas

## GRAFICO 2

*Contribución a la evolución de la esperanza de vida por causas de muerte*  
*Hombres. Período 1970/90*  
 (Años de vida × 100)

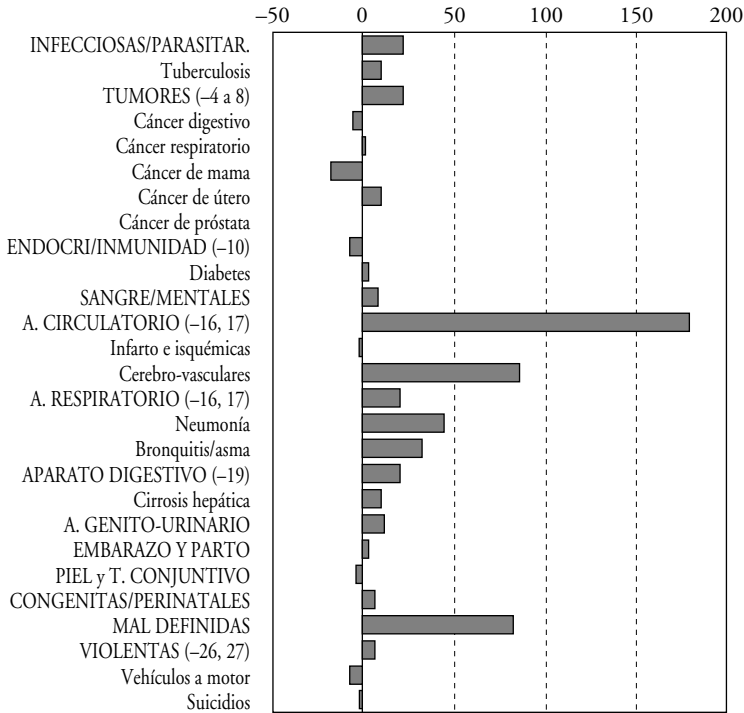


negativas que menguan su longevidad los accidentes de vehículos a motor (-6,7 y -1,3 por 100, respectivamente), el tumor del aparato digestivo (-11,8 y -0,8 por 100), las enfermedades endocrinas, metabólicas y de trastornos de la inmunidad (-7,3 y -1,2 por 100), así como el infarto (-4,3 y -0,6 por 100). Obsérvese que ambos géneros coinciden en muchas causas de muerte, pero existe una gran distancia en la intensidad negativa de estas causas entre una y otra subpoblación. En la mortalidad por enfermedades endocrinas y de trastornos de la inmunidad se refleja la evolución del SIDA en nuestro país, aunque su huella es mucho más nítida en el análisis de la evolución reciente en la población masculina, sobre la que volveremos más adelante.

Sin embargo, las causas más importantes como impedimento al aumento potencial de la vida media de hombres y mujeres no son causas compartidas. En la población masculina, la causa principal en reducir la duración de la vida ha

## GRAFICO 3

*Contribución a la evolución de la esperanza de vida. Causas de muerte.  
Mujeres, período 1970/90  
Años de vida × 100*



sido el tumor del aparato respiratorio, responsable del -11,8 por 100 de la evolución observada, mientras que en la población femenina es el tumor de mama la causa más destacada (-3,1 por 100). No profundizaremos aquí en el análisis de estas causas principales, que retomaremos en el apartado 2.3, pero baste decir que los factores asociados a la evolución de esas causas van más allá de los avances logrados en la tecnología médica y están muy condicionados a las disminuciones reales en los riesgos de llegar a padecer estas enfermedades que pueden conducir a la muerte. Téngase en cuenta que la cuarta etapa de la transición epidemiológica, según Rogers y Hackerberg (1987), se caracteriza, además de por un descenso de la mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas, por un aumento paralelo de las producidas por enfermedades «sociales», es decir, por enfermedades condicionadas por el comportamiento del hombre en las sociedades industrializadas. Por ello, los autores citados la denominan también «etapa híbrida».

La magnitud de las ganancias de esperanza de vida y la contribución diferencial de los distintos grupos de edad varían según nos refiramos a hombres o a mujeres. Por ello, es previsible que unos y otras hayan seguido trayectorias desiguales, por lo que será conveniente precisar algunas observaciones sobre las características de la evolución de la mortalidad española para uno y otro género, de forma desagregada.

## 2.2. *Irregularidad en el ritmo del proceso*

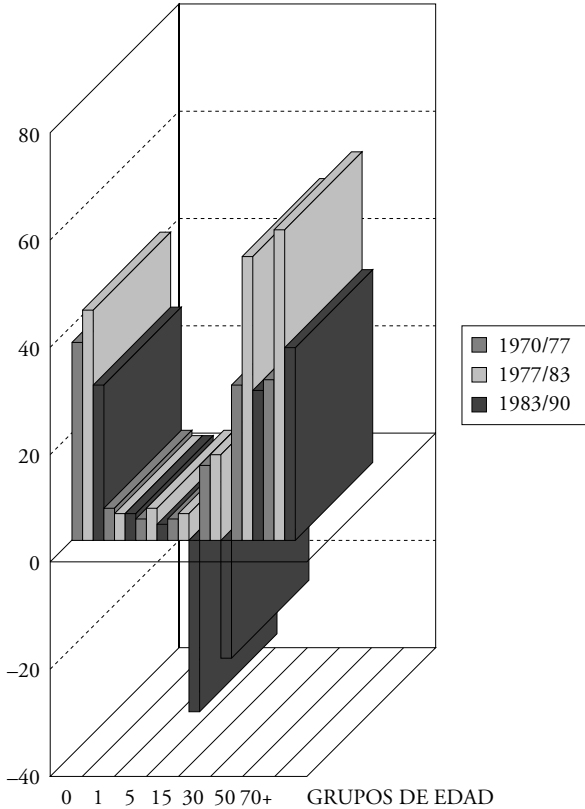
El aumento de la vida media descrito anteriormente se ha producido a un ritmo irregular a lo largo del período, conclusión que podemos ofrecer al haber diferenciado, dentro de los veinte años estudiados, tres subperíodos: el primero, de 1970 a 1977; el segundo, de 1977 a 1983, y el tercero, de 1983 a 1990. En efecto, las ganancias conseguidas en la esperanza de vida aumentaron del primer subperíodo al segundo, para disminuir posteriormente en el transcurso del segundo al tercero, especialmente entre los hombres, en todos los grupos de edad (tabla 1). En general, exceptuando el último subperíodo, 83/90, la evolución descrita está determinada por la tendencia observada en los extremos de la pirámide, en el grupo de 0 años, 50-69 y 70 y más, tanto en los hombres como en las mujeres. Si bien la tendencia descrita se produce tanto en la población femenina como en la masculina, existen características que diferencian la evolución de la vida media entre ambos géneros y que exponemos brevemente.

Entre los hombres, al aumento de 1,23 años ganados en la esperanza de vida durante el subperíodo 1970/1977, la mayor contribución provenía del grupo de 0 años, algo que nunca ocurre en las niñas en la totalidad del período estudiado. A partir de esos años, los grupos de adultos mayores y ancianos pasan a tener una aportación superior a la prolongación de la vida media, como venía ocurriendo entre la población femenina. No obstante, en la población masculina los tres grupos de edad mencionados aportan en términos absolutos contribuciones cercanas (gráfico 4), si bien no ocurre lo mismo con la evolución del peso relativo que esas ganancias representan en el total de las logradas en la evolución de la esperanza de vida. El citado gráfico ilustra con nitidez cómo durante el último subperíodo estudiado, 1983/90, se produce un empeoramiento de la mortalidad de los grupos de hombres jóvenes (15-29) y adultos-jovenes (30-49), que resta vida a la población masculina en su conjunto y hacen que aumente el peso de las proporciones representadas por los grupos más beneficiados en la prolongación de la vida media. Obsérvese en la tabla 1 que el retroceso de la evolución de la mortalidad a esas edades resta en alrededor de medio año de vida los logros conseguidos por el resto de la población masculina.

El freno al aumento de la esperanza de vida en estos grupos es debido a un reducido número de causas potencialmente evitables y entre las que destacan las muertes violentas, y especialmente las causadas por accidentes de vehículos a motor, así como las producidas por las ya mencionadas enfermedades de tras-

GRAFICO 4

*Ganancias en la esperanza de vida. Hombres*  
(Años de vida  $\times$  100)



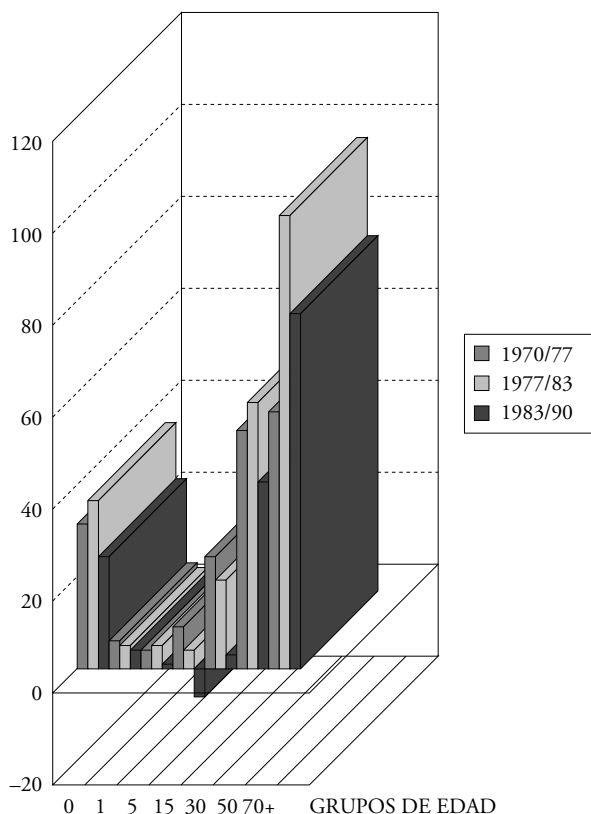
tornos de la inmunidad. Debido a la necesaria brevedad de estas páginas, no nos detenemos en el análisis pormenorizado por edad y causa de fallecimiento simultáneamente, pero es conveniente señalar el último grupo de causas mencionado por incluir entre sus rúbricas el SIDA, que está contribuyendo de forma importante al cambio en el ritmo de aumento de esperanza de vida en los años recientes y que podría llegar en un futuro a estabilizar la vida media de los hombres españoles o incluso a reducirla y, como consecuencia, hacer que disminuya la esperanza de vida de la población total. El último grupo de causas mencionado, concentrándose en un perfil de población masculina y joven, resta, por sí sola, más de un cuarto de año de vida a la población española en el subperíodo 1983-1990, freno superior a cualquier otra causa de muerte en cualquier edad considerada en el estudio durante esas fechas. Si bien esta etapa híbrida de

la transición epidemiológica se caracteriza por leves aumentos en la mortalidad por enfermedades infecciosas, esta característica queda muy lejos de los efectos de esta pandemia inesperada de origen vírico, aunque sea clasificada como trastorno de la inmunidad por sus efectos y que ha alterado el modelo que históricamente solía asociar enfermedad infecciosa con niñez y ancianidad.

Por otra parte, entre las mujeres, la población de 0 años ocupa un tercer rango en importancia bastante estable, siendo la población determinante en su evolución la de las ancianas seguida de las mujeres de entre 50 y 69 años, cima de la pirámide que aumenta su peso relativo durante todo el período. Esta observación es válida para cada uno de los subperíodos en los que hemos dividido los años objeto de estudio (gráfico 5).

GRAFICO 5

*Ganancias en la esperanza de vida. Mujeres*  
(Años de vida  $\times$  100)



A diferencia de la población joven y adulta masculina, la mortalidad de las mujeres de entre 15 y 49 años no supone un freno al aumento de su esperanza de vida, si bien es cierto que en el último subperíodo, de 1983 a 1990 el grupo joven contribuye negativamente, aunque de forma muy leve, a la prolongación de sus vidas. Obsérvese cómo la mortalidad diferencial por género se hace patente incluso en las generaciones jóvenes. Sobre este tema volveremos en el apartado 3, al analizar las tendencias recientes en la desigualdad ante la muerte entre hombres y mujeres.

Para finalizar este apartado concluyamos que el importante aumento de la vida media de la población española logrado durante el período objeto de esta investigación continúa hasta muy recientemente, si bien parece ralentizarse a partir de los primeros años ochenta. Será conveniente prolongar este estudio en un futuro próximo para poder estimar si esta desaceleración se trata de un freno coyuntural o de un hipotético cambio más profundo, hipótesis a la que, no obstante, apunta el que la reducción en el ritmo de ganancias de esperanza de vida sea generalizada, afectando en mayor o menor medida a toda la población, sea cual fuere el grupo de edad o género analizado.

El resultado más sobresaliente es la evidencia de que la población anciana es la más beneficiada por la disminución de la mortalidad, lo que tiene como consecuencia el envejecimiento «por la cúspide» de la pirámide de la población española. Asimismo, a partir de los resultados descritos en este apartado, podemos situar la transición de la mortalidad española en los inicios de la inesperada cuarta etapa de la historia epidemiológica. En los inicios, porque aún perdura la notable aportación de la población infantil al aumento de la esperanza de vida, pero sin duda cumpliéndose las características definitorias de la misma, tal y como Olshansky y Ault (1986) añadieron al marco teórico elaborado por Omran (1972).

Es más, en esta fase de su evolución, el estudio de la mortalidad española debe inscribirse en el marco teórico de la transición sanitaria (Lerner, 1973; Frenk, 1991), ya que en esta etapa la población ha de ser más que nunca un sujeto activo, y las reacciones de la sociedad a un estado sanitario dado son un factor crítico en la evolución del proceso. Las enfermedades más importantes que provocan la muerte en la actualidad han de ser combatidas con medios distintos a los que correspondería utilizar para controlar las dominantes en la primera mitad del siglo XX; por ello, la prevención ahora va más lejos de una serie de medidas terapéuticas y ha de basarse especialmente en la higiene, considerada en sentido amplio, y en los estilos de vida del individuo y de los grupos que constituyen la población.

Esta relación entre población y evolución de la mortalidad no se refiere sólo a las enfermedades sociales o de comportamiento, sino que se encuentra en las enfermedades degenerativas (las propias del envejecimiento biológico). El papel relevante que tiene la población es menos evidente en estas últimas, porque la línea divisoria entre enfermedades de origen exógeno (entorno) y



endógeno (biológico) se desplaza en función del conocimiento científico disponible. Hoy sabemos, por ejemplo, que causas exteriores como son el tabaquismo, la dieta, sedentarismo, etc., influyen decisivamente en las causas de muerte consideradas degenerativas, como son los tumores y las enfermedades del aparato circulatorio.

### 3. DESIGUALES ANTE LA MUERTE: LA FEMINIZACION DE LA POBLACION

El objetivo último del estudio de las causas de muerte desde un enfoque sociodemográfico es el llegar a establecer la mortalidad diferencial de los distintos grupos que constituyen la sociedad, para a partir de su conocimiento poder con posterioridad determinar su causalidad. El desarrollo experimentado por los países industrializados ha beneficiado diferencialmente a las mujeres respecto a los hombres (Hart, 1989; López y Ruzicka, 1983), y la tendencia continúa hasta nuestros días. Es precisamente esta desigualdad por género ante la muerte una de las más básicas y sorprendentes, y su permanencia en el presente uno de los aspectos demográficos que revisten más interés (Gómez Redondo, 1990).

Anteriormente se han venido manifestando las diferencias existentes, tanto en magnitud como en ritmo, en el aumento de la esperanza de vida entre hombres y mujeres, así como la existencia de causas de muerte que contribuyen a dicho incremento de manera diferente según nos refiramos a unos u otras. La característica mortalidad diferencial por género es evidente y creciente, como puede observarse en el apartado A de la tabla 2 a través de los años de diferencia en la esperanza de vida entre hombres y mujeres en cualquiera de los momentos estudiados para el período, y así en 1970 es de 5,39 años, 5,95 en 1977, 6,32 en 1983 y 7,27 en 1990 (gráfico 6).

Por ello, parece pertinente profundizar sobre cuáles son las características más recientes de esa desigualdad, con el fin de conocer qué causas de muerte son las que justifican esas diferencias a lo largo de los últimos años, qué sectores de la población contribuyen en mayor medida a esa desigualdad y, sobre todo, si hay indicios de que esa distancia en la esperanza de vida entre hombres y mujeres se reduzca. Para ello, creemos necesario analizar cada uno de los momentos que consideramos en el presente análisis, así como las tendencias que se observan en la evolución de esa desigualdad en el transcurso de los veinte años estudiados.

GRAFICO 6

*Diferencia de esperanza de vida. Hombres/mujeres*  
(Años de vida × 100)

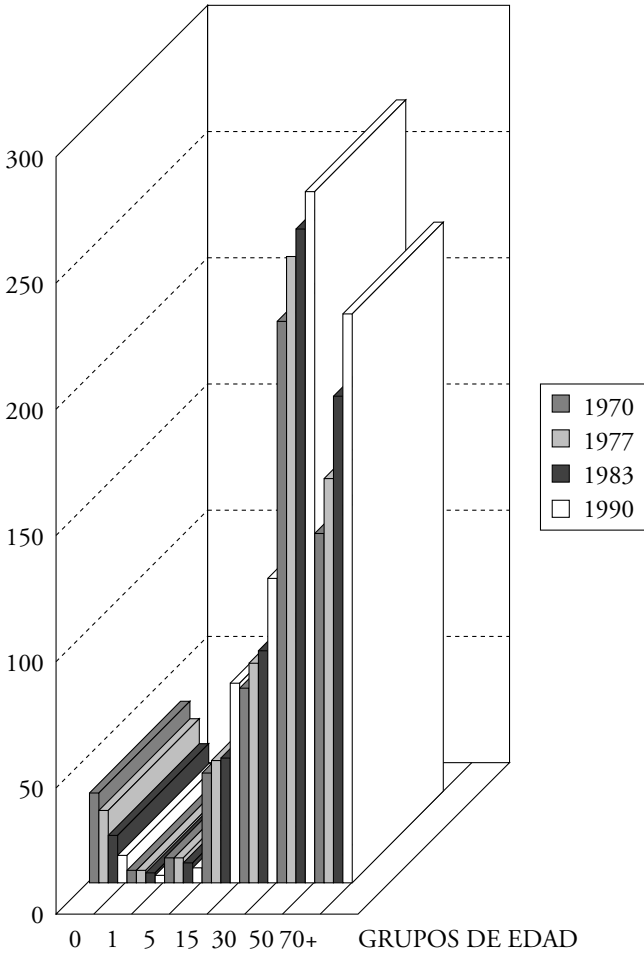


TABLA 2

*Contribuciones a la desigualdad en la esperanza de vida entre hombres y mujeres y su evolución en España, período 1970-1990*

A) *Diferencia de esperanza de vida —Años × 100 (%)—*

B)

<i>Grupos de edad</i>	<i>Dif. 1970</i>	<i>Dif. 1977</i>	<i>Dif. 1983</i>	<i>Dif. 1990</i>	<i>Evolución 1970/1990</i>
Total .....	539 (100)	595 (100)	632 (100)	727 (100)	189 (100)
0 .....	36 (6,8)	29 (4,8)	19 (2,9)	11 (1,6)	-18 (-9,4)
1-4 .....	5 (0,9)	5 (0,8)	4 (0,6)	3 (0,4)	-1 (-0,4)
5-14 .....	10 (1,9)	10 (1,7)	8 (1,3)	6 (0,9)	-4 (-1,9)
15-29 .....	44 (8,2)	49 (8,3)	50 (7,9)	80 (11,0)	30 (15,7)
30-49 .....	78 (14,5)	88 (14,9)	93 (14,8)	122 (16,8)	38 (20,0)
50-69 .....	225 (41,8)	251 (42,2)	262 (41,5)	277 (38,0)	39 (20,8)
70 + .....	140 (25,9)	162 (27,3)	195 (30,9)	228 (31,3)	104 (55,2)

C) *Causas principales por su contribución a la diferencia en la esperanza de vida (proporciones %)*

*Contribución negativa para los hombres (6 causas principales):*

	<i>1970</i>	<i>1977</i>	<i>1983</i>	<i>1990</i>
— Infarto e isquémicas .....	(11,9)	(16,3)	(16,3)	(13,3)
— Violentas «resto» .....	(11,9)	(9,1)	(8,2)	(7,7)
— Acc. vehículos a motor .....	—	(8,5)	(6,9)	(8,3)
— Ap. circulatorio «resto» .....	(9,8)	(8,1)	—	—
— Cáncer ap. respiratorio .....	(9,4)	(12,2)	(15,3)	(16,2)
— Cáncer ap. digestivo .....	(6,8)	—	(9,4)	(10,0)
— Cirrosis .....	(6,4)	(7,0)	(6,7)	—
— Ap. respiratorio .....	—	—	—	(8,6)

*Contribución negativa para las mujeres (3 causas principales):*

	<i>1970</i>	<i>1977</i>	<i>1983</i>	<i>1990</i>
— Cáncer de mama .....	(4,3)	(5,1)	(5,7)	(5,8)
— Cáncer de útero .....	(3,5)	(3,0)	(2,4)	(1,7)
— Diabetes .....	(1,2)	(1,0)	(0,9)	(0,3)

D) *Causas principales por su contribución a la evolución de la diferencia (proporciones %)*

*Aumento de la diferencia:*

- 1) Infarto e isquémicas (23,3).
- 2) Cáncer ap. respiratorio (22,4).
- 3) Enfermedades cerebro-vasculares (14,0).
- 4) Enfermedades ap. respiratorio (13,8).

*Reducción de la diferencia:*

- 1) Tuberculosis (-8,9).
- 2) Cáncer de mama (-8,8).
- 3) Bronquitis, emfisema y asma (-8,5).
- 4) Muertes violentas «resto» (-6,1).

FUENTE: Elaboración propia.

### 3.1. *Desigualdad ante la muerte entre hombres y mujeres*

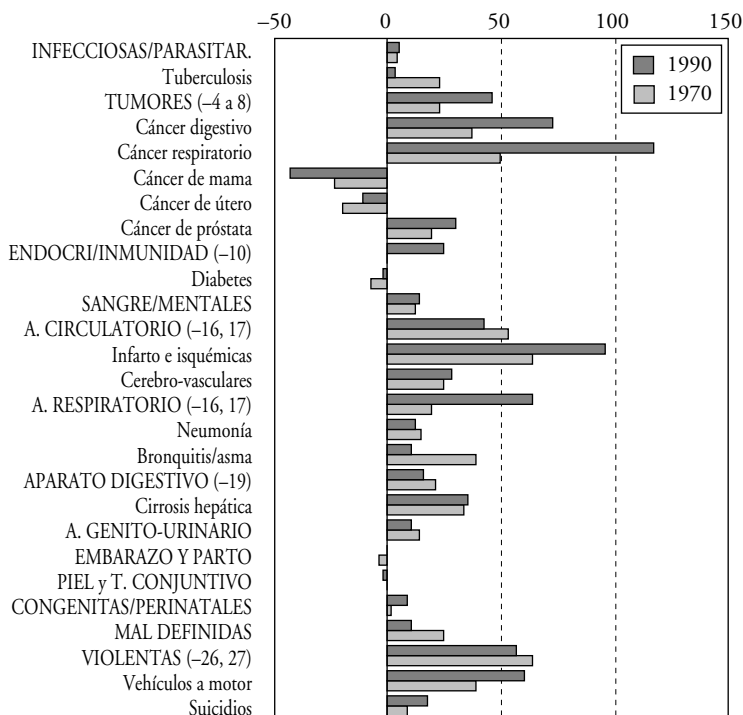
Los diferentes grupos por edad de la población contribuyen de forma muy diversa a la desigual vida media por género. Para cualquiera de los años analizados se observa que la desigualdad creciente se produce sólo a partir de los 15 años, pues las contribuciones a esa diferencia en edades previas son insignificantes y decrecientes, mientras que a partir de los 30 años y, sobre todo, de los 50 en adelante su contribución a la mortalidad diferencial es sustancial y aumenta durante las dos décadas estudiadas. Téngase en cuenta que, como puede observarse en la tabla 2.A, entre 1970 y 1990 alrededor del 70 por 100 de la diferencia en la esperanza de vida de la población española se produce en aquella de más de 50 años. Como consecuencia de esta mayor esperanza de vida de las mujeres tenemos que hablar de una feminización de la población, especialmente de los adultos mayores y de los ancianos.

Por otra parte, las seis causas de muerte más destacadas en la producción de esa desigualdad permanecen constantes a lo largo del período, aunque pueden variar levemente su posición relativa de un año a otro de los analizados (gráfico 7). Estas causas de muerte más relevantes (tabla 2.C) son el infarto y otras enfermedades isquémicas y el tumor del aparato respiratorio, además de las muertes violentas, ya sean el grupo «resto» o los accidentes de vehículos a motor. Asimismo, el tumor de aparato digestivo, la cirrosis y enfermedades del aparato respiratorio son todas ellas enfermedades que suponen una contribución, negativa para los hombres, al incremento de la diferencia que distancia a hombres y mujeres en la duración de su vida.

En sentido contrario actúan algunas enfermedades que acercan la vida media de la población masculina y femenina, restanto años de vida a las mujeres. Esta contribución negativa es debida a las siguientes causas de muerte: en primer lugar, el tumor de mama, cada vez con mayor peso es esta levísima aportación a frenar la mortalidad diferencial. Por el contrario, en segundo lugar, el tumor de útero y, en tercer lugar, la diabetes siguen una tendencia a disminuir su peso.

## GRAFICO 7

*Contribución a la diferencia por género y por causa de muerte. 1970 y 1990*  
(Años de vida  $\times$  100)



### 3.2. ¿Tendencia a la convergencia o hacia la divergencia?

Casi dos años de vida media (1,89) aumenta la diferencia existente entre la longevidad media de hombres y mujeres durante el período estudiado, de modo que si en 1970 las mujeres vivían 5,39 años más que los hombres, en 1990 esa diferencia ascendía a 7,27, como puede observarse en la tabla 2. Sin embargo, el crecimiento continuado de esta diferencia no se produce con un ritmo regular a lo largo del período. Así, el aumento de la distancia entre la esperanza de vida de la población masculina y femenina, que ya se observa en el transcurso del primer subperíodo considerado, de 1970 a 1977, disminuye su ritmo de aumento en el segundo, creciendo posteriormente entre 1983 y 1990.

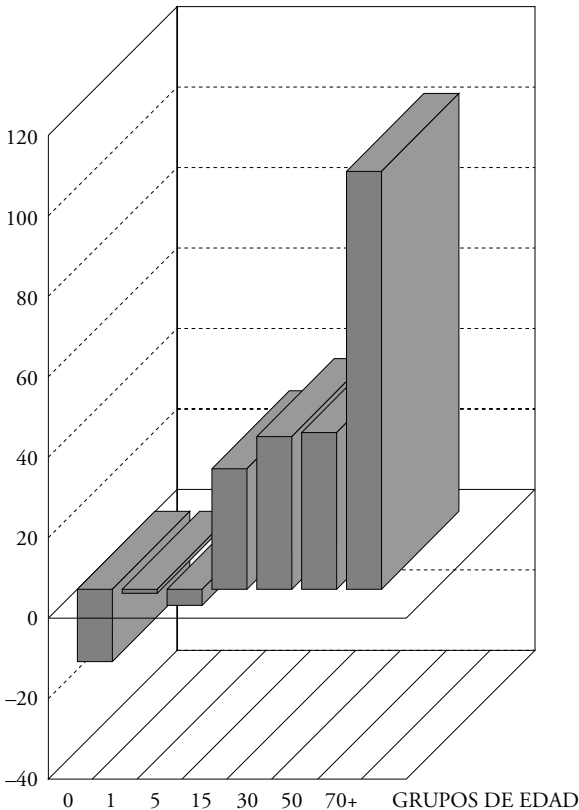
No obstante, no todos los sectores de la población observan de forma homogénea este incremento de la diferencia en la vida media de hombres y

mujeres y, para simplificar nuestros resultados, podemos dividir la pirámide de población en dos partes (columna 2.B). La infancia reduce esta desigualdad de género, mereciendo ser singularizados los recién nacidos —0 años—, mientras que a partir de los 15 años hombres y mujeres la aumentan (gráfico 8). Ello ocurre con mayor intensidad en los adultos, pero sobre todo en los ancianos, por su clara contribución con más de un año al distanciamiento de su esperanza de vida.

Obsérvese que durante los veinte años estudiados en su conjunto el incremento de la sobrevivencia masculina proviene exclusivamente de los grupos más mayores. La desigualdad aumenta especialmente a partir de los 30 años, en torno a un 20 por 100 entre los 30 y los 69 años, y a un 55 por 100 a partir de los 70. Este perfil por edad refleja cómo a los factores genéticos se superponen

GRAFICO 8

*Evolución en la desigualdad de esperanza de vida, por género. 1970/90*  
(Años de vida × 100)



factores sociales determinantes en esta mortalidad diferencial. Por el contrario, la contribución a reducir las diferencias de los grupos infantiles se deriva del aprovechamiento de avances médico-sanitarios en los primeros años de edad, cuando aún no se han generado consecuencias de estilos de vida diferenciados y la sobremortalidad masculina tiene un origen exclusivamente biológico.

Respecto al resto de los grupos de edad, apenas merecen ser destacados por su neutra aportación a la evolución global de las diferencias. Sin embargo, tiene interés el indicar que, al igual que ocurre en el grupo de los menores de un año, entre 1 y 14 años avanzan levemente al acercamiento en las pautas de mortalidad entre niños y niñas.

### 3.3. *Causas de muerte determinantes en la evolución de la mortalidad diferencial por género*

Hemos de preguntarnos cuáles son las causas de muerte que están produciendo la evolución de las tendencias comentadas. La respuesta la hallamos en el apartado D de la tabla 2<sup>7</sup>: las enfermedades del aparato circulatorio, especialmente el infarto y otras enfermedades isquémicas, así como las enfermedades cerebro-vasculares, seguidas del tumor de aparato respiratorio y las enfermedades del aparato respiratorio en general, además del tumor del aparato digestivo. Baste recordar que muchas de estas enfermedades están ligadas a hábitos casi exclusivos de la cultura masculina en las generaciones ahora adultas y/o ancianas, como es el tabaquismo y el excesivo consumo de alcohol, además de un estilo de vida ligado a un mayor riesgo y estrés, determinados profesional y culturalmente (Fox, 1978), lo que unido a una desigualdad de origen genético —observada ya desde el nacimiento— (Waldron, 1983) produce una situación desfavorable de la población masculina ante la muerte. Por otra parte, aparece como nueva causa en el aumento de la diferencia por género el grupo de las enfermedades endocrinas y de trastornos de la inmunidad, que presentan mayor relevancia entre los 15 y 49 años, como se comentó anteriormente, y que sólo por el momento es de menor importancia para el conjunto de la población.

Muchas de las enfermedades mencionadas contribuyen decisivamente a aumentar las diferencias en la vida media de ambos géneros, mientras que su reducción reside, por una parte, en las defunciones producidas por tumor de mama, causa determinada por varios factores —desafortunadamente, no todos conocidos—, entre los que hay que considerar las nuevas pautas de reproducción y de alimentación de los recién nacidos, así como los nuevos hábitos alimenticios de la población en los países desarrollados, especialmente el aumento en la ingestión de grasas saturadas. Otras causas que aproximan la mortali-

---

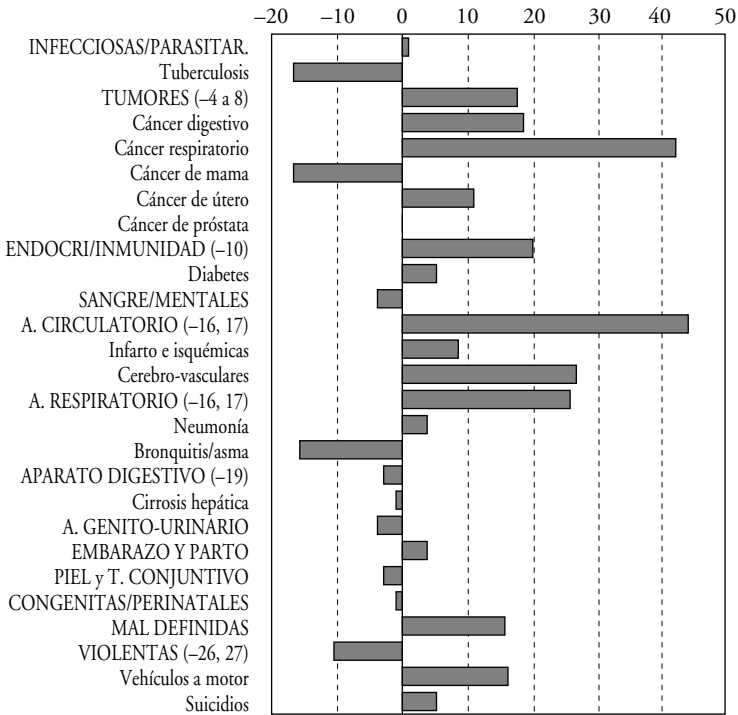
<sup>7</sup> Las causas de muerte del apartado C (tabla 2) explican las diferencias en los momentos observados, mientras que, desde una perspectiva dinámica, las causas del apartado D explican la evolución global de las tendencias durante el período.

dad de hombres y mujeres son la tuberculosis, la bronquitis, enfisema y asma, además de las muertes violentas, que no hemos desagregado en nuestra clasificación por causas de muerte (gráfico 9).

Para separar la influencia correspondiente a los factores sociales de la relativa a factores biológicos en esta mortalidad diferencial sería preciso comparar poblaciones por género, en las que hombres y mujeres tuviesen estilos de vida similares a lo largo de sus ciclos vitales. Para alcanzar ese objetivo a partir de las estadísticas oficiales españolas, dada la ausencia de datos de defunciones según características socioeconómicas válidas en estas fuentes, habría que dejar transcurrir varios decenios<sup>8</sup>, es decir, esperar al menos a que las generaciones de la infancia actual supe-

GRAFICO 9

*Contribución a la evolución de la desigualdad por género. Causas de muerte. Período 1970/90 (Años de vida × 100)*



<sup>8</sup> Si las fuentes oficiales no remedian antes esta grave carencia, que impide un análisis directo de la desigualdad social ante la muerte en el presente.



ren la madurez, pues es en la vejez cuando mejor se manifiesta la acumulación de los efectos beneficiosos y nocivos para la salud de toda una historia de vida.

Los estilos de vida que genera el proceso de modernización de las sociedades llevan asociados ciertos comportamientos «nocivos» que están en el origen de casi todas las enfermedades que producen la sobremortalidad masculina. Un ejemplo lo constituye el ser fumador, «vicio masculino» en las generaciones que ahora alcanzan edades avanzadas, y que es un factor de riesgo en las enfermedades del aparato respiratorio y en las enfermedades vasculares. Este tipo de hábitos fueron primero incorporados por los hombres y muy posteriormente, en consonancia con el *status* que le venía siendo asignado en la estructura social, también por las mujeres. Esa dilación de la población femenina en incorporarse a ese tipo de «modernidad» le ha beneficiado ante la muerte, al menos hasta el presente, porque la difusión del tabaquismo en España entre la población femenina joven y adulta aún no ha pasado su «factura».

Cuando anteriormente subrayábamos la importancia de los «estilos de vida» en el estudio de la morbilidad y de la mortalidad, estábamos implícitamente orientándonos hacia un marco sociodemográfico más amplio que el meramente epidemiológico, que no es otro que el descrito en la transición sanitaria. La pertenencia social, el rol desempeñado en la sociedad, incluyen rasgos culturales específicos que condicionan la percepción de la salud y el papel más o menos activo en la lucha contra el riesgo y la enfermedad que desempeña el individuo en función de su grupo de pertenencia. Esta podría ser la relación entre la cultura femenina y masculina y el origen de una creciente sobremortalidad masculina.

Así, el período estudiado es prolífico en progresos científicos y médicos, y de éstos también se han beneficiado en mayor medida las mujeres, por un doble motivo. En primer lugar, porque durante la segunda parte del presente siglo la atención médica dirigida a la mujer y a la crianza de los hijos (servicios de tocoginecología y pediatría) se ha desarrollado con rapidez, lo que ha supuesto la drástica disminución de la morbilidad y mortalidad reproductiva femenina que tenía lugar en el pasado, pero sobre todo las mujeres adultas se han habituado a la prevención y al diálogo con el médico. No obstante, existe un segundo factor que podría ser decisivo para cualquier edad de la pirámide de población. En una etapa de la transición epidemiológica en la que la disminución de la mortalidad se debe especialmente a la promoción de la salud, es vital el papel desempeñado por el individuo y la relación que éste tenga con su cuerpo. El hombre y la mujer difieren al respecto (Vallin, 1988). En la población masculina el cuerpo debe someterse a riesgos, siendo la enfermedad un obstáculo en la exaltación de la virilidad —fuerza y enfermedad parecen conceptos lejanos—; por tanto, al médico se acude sólo para curar una enfermedad. En la cultura de la feminidad, el cuerpo debe permanecer joven y sano; en consecuencia, las mujeres utilizan con frecuencia la estrategia de mantener la salud antes de tener que llegar a curar la enfermedad. Son estrategias de la supervivencia, la prevención y la resistencia femeninas. Así, en España como en otros países industrializados, hom-

bres y mujeres tienen una diferente autopercepción de su salud y de sus enfermedades (Durán, 1983; Rodríguez y De Miguel, 1990; De Miguel, 1994), lo que es extensible a la de los miembros de sus familias. A ello hay que añadir una peor comunicación de la población masculina con el médico.

Es evidente que estamos ante dos construcciones sociales de la salud, que podemos simplificar en dos imágenes: «la fuerza» frente a «la resistencia», lo que está unido a una desigual situación de los dos géneros ante la enfermedad y la muerte. Las consecuencias de los «vicios masculinos», no acompañados por los beneficios de las «virtudes femeninas» señaladas, arrojan un saldo desfavorable en la evolución de la mortalidad de los hombres durante el período analizado, ofreciendo una clara tendencia hacia la divergencia con respecto a las pautas femeninas. Naturalmente, siempre existirá una mortalidad diferencial de origen genético, pero la tendencia futura de la mortalidad diferencial depende de la que sigan cada uno de los componentes señalados y, aunque parece inevitable un período no lejano en el que la población femenina sufra las consecuencias de su mimetismo hacia algunos hábitos del estilo de vida tradicionalmente masculino, sería deseable que con posterioridad la convergencia en la evolución de sus esperanzas de vida se lograra gracias a un acercamiento hacia los hábitos de la población femenina, porque probablemente el modelo femenino está más próximo a un nuevo escalón de la transición sanitaria, en el que la población se oriente prioritariamente a mantener la salud más que a curar las enfermedades, abandonando progresivamente la dicotomía creciente que observamos en el presente.

## A MODO DE CONCLUSION

La elevada esperanza de vida de los españoles continúa aumentando durante los veinte años transcurridos entre 1970 y 1990, pero al realizar el análisis considerando los tres subperíodos diferenciados, 1970-1977, 1977-1983 y 1983-1990, ha sido posible observar que el ritmo de aumento de la vida media es más acelerado en el segundo de ellos para ralentizarse en el tercero. Ello ocurre en ambos géneros, pero muy especialmente entre los hombres.

Del estudio realizado se deduce que, si bien el aumento de vida media continúa, el hecho de que las mayores aportaciones a la prolongación de la esperanza de vida se logren en los grupos ancianos da lugar al más importante factor de envejecimiento en el presente por las consecuencias que conlleva. Este envejecimiento por la cúspide de la pirámide de población es un factor de singular importancia en la transformación del contexto social que tiene y tendrá lugar en España desde las últimas décadas del siglo XX y nos sitúa ante un proceso en el que se mezcla, junto a un efecto de edad, un efecto de generación, ya que los ciclos vitales de las generaciones que nacieron a principios de siglo y a finales del pasado no han transcurrido en las condiciones de vida de las sociedades industrializadas del presente; así, sus miembros apenas se han visto perjudicados por los efectos insalubres del estilo de vida característico de éstas, mientras que,

habiendo sobrevivido a las condiciones de alta mortalidad del pasado, durante su vejez se benefician de medios médico-sanitarios avanzados. Por ello, la ventajosa situación alcanzada en España en la actualidad no puede extrapolarse a generaciones posteriores, a los adultos de hoy cuando alcancen la ancianidad, que habrán desarrollado sus vidas en otras etapas de la historia de España.

No obstante, aunque desaparezcan los factores que han hecho posible este estadio coyuntural y los progresos logrados sean más modestos, la prolongación de la vida media de la población española considerada en su conjunto es un proceso en el que, hasta el momento, no se detecta su estabilización. Por lo tanto, con independencia de que se logre un rejuvenecimiento biológico de los ancianos (más años en la ancianidad pero con buena salud), como prevén algunos autores (Manton, 1982; Myers y Lamb, 1993), no podrá evitarse el envejecimiento demográfico intrínseco al aumento de la esperanza de vida de los viejos, ni sus consecuencias socioeconómicas y sanitarias, por lo que estudios como el presente pueden contribuir a sentar las bases sobre las que elaborar estimaciones sobre el volumen, crecimiento y características de la población anciana del futuro, que orienten la planificación social, económica y sanitaria ajustada a la nueva situación sociodemográfica.

Paradójicamente, la evolución reciente de la mortalidad española viene determinada por el saldo entre la prolongación de años de vida en la vejez, que acabamos de mencionar, y la pérdida de años jóvenes a través de la inesperada epidemia de SIDA, así como por la alarmante mortalidad de muertes violentas, afectando ambas a los adultos jóvenes (de 15 a 49 años) españoles, menguando así la población en las edades activas y reproductivas, con las consecuencias socioeconómicas deducibles. Simplificando lo expuesto, si nuestra vida media aumenta es debido a una fuerza positiva: la prolongación de los años vividos en la vejez, a la que se ha de restar una fuerza negativa: la sangría de años jóvenes perdidos.

Por otra parte, se observa que la mortalidad diferencial entre hombres y mujeres sigue siendo creciente. El aumento de esta diferencia es mayor en los años más recientes analizados —el subperíodo 1983-1990— que en los períodos previos. Una de las conclusiones de este estudio es el hecho de que más de la mitad del aumento de esta divergencia entre géneros proviene de la población constituida por nuestros mayores, proceso que tiene como consecuencia destacable la feminización de la población anciana, encontrándonos ante un fenómeno que podríamos denominar *abuela-boom*. Asimismo, pasando de esta visión dinámica a una observación estática, podemos observar que para cada uno de los momentos estudiados en estas dos décadas consideradas es permanente la contribución decisiva de la población de más de 50 años en la desigualdad ante la muerte entre hombres y mujeres, población constituida por generaciones en que unos y otras han desarrollado estilos de vida muy distantes, basados en creencias y hábitos diferenciados.

A través del estudio de diferentes enfermedades en el origen de la mortalidad diferencial por género y su evolución hemos descrito la existencia de un modelo femenino y otro masculino en el aumento de la vida media de la

población, que parecen estar determinados, además de por factores biológicos, por la disimilitud de roles desempeñados por hombres y mujeres y por los diferentes saldos obtenidos por cada una de estas subpoblaciones entre beneficios y costes asociados a la modernización de la sociedad. Desigualdad que el desarrollo de la sociedad ha aumentado, beneficiando a las mujeres, que han tomado «lo mejor de los dos mundos»: los beneficios del progreso, pero adoptando más tardíamente los costes que el nuevo estilo de vida puede generar. Esta divergencia en las tendencias es un claro ejemplo de cómo diferentes estilos de vida desembocan en distintos tipos de muerte. La existencia de estos modelos diferenciados nos remite a una disimilitud en la construcción social de la salud, la vida y la muerte, correspondientes a dos culturas que desembocan en una desigual longevidad entre hombres y mujeres.

En resumen, la evolución reciente de la mortalidad española ha tenido consecuencias demográficas en las últimas décadas. En primer lugar, alteraciones notables de la estructura por edad y sexo de la población. En segundo lugar, el análisis realizado enmarca a la población española dentro de la cuarta etapa de la transición epidemiológica, cualitativamente diferente, al producirse una redistribución del aumento de la esperanza de vida desde los jóvenes hacia los ancianos, así como un trasvase de enfermedades crónicas y degenerativas hacia edades avanzadas, a la vez que se modifican sustancialmente las principales causas de muerte, adquiriendo mayor importancia las denominadas «sociales o de comportamiento».

Finalmente, una vez conocidas las características de la mortalidad española, quizá sea hora de que esta transición epidemiológica sea considerada en relación con la transición que se produce en la organización social en respuesta a las condiciones de salud, estudiando las reacciones de la sociedad a un estado sanitario dado. La suma de ambos procesos, paralelos e interrelacionados, constituye el marco de la transición sanitaria, en la que ahora más que nunca se revela como un factor crítico la actitud de los individuos. El que los individuos lleguen a percibir su comportamiento y estilo de vida como factores decisivos en la duración de su ciclo vital y de su estado de salud es un factor determinante en la evolución de la mortalidad de la población a que pertenecen, lo que ha quedado reflejado en este estudio a través de un caso concreto: la desigualdad ante la muerte de hombres y mujeres. No obstante, este enfoque no resta importancia a otros factores fundamentales en el aumento de la esperanza de vida de una población en la actualidad, como es el avance del conocimiento científico-médico. Y, desde luego, en ningún caso excluye la necesidad de cambios estructurales que limen la desigualdad ante la muerte, que, por otra parte, no es más que el reflejo de la existente en la estructura social.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero manifestar mi agradecimiento a John Pollard por su disposición ante las consultas que le fueron realizadas al inicio de esta investigación sobre

la aplicación de su método a este estudio. Asimismo, agradezco a Alan López, de la OMS por la celeridad en facilitar los datos básicos de mortalidad utilizados en la primera parte de esta investigación. A este último, así como a Grazia Caselli y a Jacques Vallin, mi reconocimiento a sus valiosos comentarios sobre los resultados obtenidos.

Por otra parte, los primeros cálculos de esta investigación fueron realizados por la autora en el Instituto de Demografía —Consejo Superior de Investigaciones Científicas—, cuyos resultados dieron lugar a un documento interno («Tendencias en la evolución reciente de la esperanza de vida de los españoles»). Asimismo, buena parte del estudio ahora presentado se inscribe en una investigación de la que la autora es responsable y financiada por el Plan Sectorial de Conocimiento (PS93-0058) de la Dirección General de Política Científica del Ministerio de Educación y Ciencia.

## BIBLIOGRAFIA

- BENJAMIN, B. (1982): «The span of life», *Journal of the Institute of the Actuaries*, vol. 109, pp. 319-340.
- BOURGEOIS-PICHAT, J. (1952): «Essai sur la mortalité biologique de l'homme», *Population*, vol. 7, núm. 3, pp. 381-394.
- (1985): «L'Évolution récente de la mortalité dans les pays industrialisés», en *La lutte contre la mort*, éd. par J. Vallin, A. López y H. Behm (Travaux et Documents, cahier 108), INED-PUF, París.
- CASELLI, G., y EGIDI, V. (1981): *Nouvelles tendances de la mortalité en Europe* (Etudes démographiques, núm. 5), Conseil de l'Europe, Strasbourg.
- DURÁN, M. A. (1983): *Desigualdad social y enfermedad*, Tecnos, Madrid.
- FARRÉ, M. (1988): *Une étude exploratoire de l'évolution de la mortalité par cause en Espagne 1960-1981*, Université Catholique de Louvain (Thèse de Maîtrise).
- FRENK, J., et al. (1991): «Elements for a theory of the health transition», *Health Transition Review*, vol. 1, núm. 1, pp. 21-38.
- FOX, A. J. (1978): *Occupation Mortality*, Office of Population, Censuses and Surveys, London.
- GÓMEZ REDONDO, R. (1985): «El descenso de la mortalidad infantil en Madrid, 1900-1970», *REIS*, núm. 32, pp. 101-139.
- (1990a): *Las causas de muerte en España, 1981-1985* (Demografía, núm. 4), Instituto de Demografía-CSIC, Madrid.
- (1990b): *Tendencias en la evolución reciente de la esperanza de vida de los españoles* (Documento Interno), Instituto de Demografía-CSIC, Madrid.
- (1992): *La mortalidad infantil española en el siglo XX*, CIS-Siglo XXI, Madrid.
- HART, N. (1989): «Sex, gender and survival: inequalities of life chances between European men and women», en *Health Inequalities in European Countries*, ed. por J. Fox, European Science Foundation, Grower, Brookfield.
- LERNER, M. (1973): *Modernization and health: a model of the health transition*, Comunicación en la reunion anual de la American Public Health Association, San Francisco.
- LÓPEZ, A., y RUZICKA, L. (eds.) (1983): *Sex differentials in mortality: trends, determinance and consequences*, Australian National University, Camberra.
- MESLE, F., y VALLIN, J. (1992): *Evolution de la mortalité par cancer et par maladies cardio-vasculaires en Europe depuis 1950* (Dossiers et Recherches, núm. 34), INED, París.
- MANTON, K. (1982): *Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population*, Milbank Memorial Fundation Quarterly / Health and Society, vol. 60, pp. 183-244.
- MIGUEL, J. de (1994): «Salud y Sanidad», en Fundación Foessa (ed.), *V Informe Sociológico sobre la Situación Social en España: Sociedad para todos en el año 2000*, tomo I, cap. 6, Madrid.

- MYERS, G., y LAMB, V. L. (1993): «Theoretical perspectives on healthy life expectancy», en J. M. Robien *et al.* (eds.), *Calculation of Health expectancies: harmonization, consensus achieved and future perspectives*, París, John Libbey/INSERM (Colloque INSERM 226).
- NADAL, J. (1984): *La población española (siglos XVI a XX)*, Ed. Ariel, Barcelona.
- OLSHANSKY, S. J., y AULT, A. B. (1986): *The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases*, *The Milbank Quarterly*, vol. 64, 3, pp. 355-391.
- OMRAN, A. R., (1972): «Epidemiologic Transition: Theory», en J. A. Ross (ed.), *International Encyclopedia of Population*, vol. 1, 172-175, The Free Press.
- POLLARD, J. H. (1982): «The expectation of life and its relationship to mortality», *Journal of Institute of Actuaries*, núm. 109, pp.172-175.
- (1988): «Causes de décès et espérance de vie: quelques comparaisons internationales», en J. Vallin, D'Souza y Palloni (eds.), *Mesure et Analyse de la Mortalité, Nouvelle Approches* (Travaux et Documents, núm. 119), INED-PUF, París.
- ROGERS, R. G., y HACKENBERG, R. (1987): «Extending epidemiologic transition theory», *Social Biology*, vol. 34, pp. 234-243.
- RODRÍGUEZ, J. A., y MIGUEL, J. M. de (1990): *Salud y Poder*, CIS-Siglo XXI, Madrid.
- VALLIN, J. (1988): *Evolution sociale et baisse de la mortalité: conquête ou reconquête d'un avantage féminin* (Dossiers et Recherches, núm. 17), INED, París.
- VALLIN, J., y MESLE, F. (1988): *Les causes de décès en France de 1925 a 1978* (Travaux et Documents, núm. 115), PUF, París.
- WALDRON, I. (1983): «Sex differences in Human Mortality: The role of Genetic factors», *Soc. Sci. Med.*, vol. 17, núm. 6, pp. 321-333.

## RESUMEN

Dentro del marco teórico de la Transición Sanitaria, se analiza el aumento reciente de la esperanza de vida de la población española para determinar en qué grupos de edades se concentran los principales avances en la lucha contra la muerte, lo que ocurre fundamentalmente en edades avanzadas y con especial relevancia entre las mujeres. Dos consecuencias de gran trascendencia se desprenden del proceso: envejecimiento y feminización de la población. En sentido opuesto actúa la tendencia observada en los hombres jóvenes, «responsables» de la ralentización del aumento de la vida media en España durante los últimos años.

Por otra parte, el estudio de las enfermedades que están en el origen de la evolución de la mortalidad permite situar a España en la cuarta etapa —última conocida— de su transición epidemiológica. Así, de este mismo análisis se desprende que la creciente mortalidad diferencial por género observada nos remite, más allá de los factores biológicos, a una desigualdad en la construcción social de la salud, la vida y la muerte.

## ABSTRACT

Within the theoretical context of the Health Transition, this paper analyses the recent increase in the life-expectancy of the Spanish population in order to ascertain which groups have made the most progress in terms of the struggle against death—mainly the case of the elderly and, more particularly, women. Two major conclusions are drawn: the ageing and feminization of the population. Conversely, young men are held «responsible» for having slowed down the increase in average life-expectancy in Spain in recent years.

On the other hand, the studying the illnesses that are the source of the evolution of mortality, Spain can be placed in the fourth and last-known stage of its epidemiological transition. Moreover, this same analysis makes it clear that the observed rise in sex differences in human mortality transcends biological factors inasmuch as it can be linked to inequalities in the social construction of health, life and death.